FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958

N° 452

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

PASQUI CLAUDE

Né le 6 Octobre 1929 à PARIS (SEINE)

Présentée et soutenue publiquement le *1958*

Le RETOUR dans sa FAMILLE DE l'ENFANT HOSPITALISE

CONSEQUENCES PSYCHOLOGIQUES et PSYCHOPATHOLOGIQUES de l'HOSPITALISATION CHEZ l'ENFANT

PRESIDENT : Monsieur le Professeur Marcel LELONG

R. VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS XIV°

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958 N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

PASQUI CLAUDE

Né le 6 Octobre 1929 à PARIS (SEINE)

Présentée et soutenue publiquement le 1958

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Le RETOUR dans sa FAMILLE DE l'ENFANT HOSPITALISE

CONSEQUENCES PSYCHOLOGIQUES et PSYCHOPATHOLOGIQUES de l'HOSPITALISATION CHEZ l'ENFANT

PRESIDENT : Monsieur le Professeur Marcel LELONG

R. VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS XIV°

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BENARD (H.), BROCQ (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CARNOT (P.), CHABROL (Et.), CHAMPY (C.), CHEVASSU (M.), DEBRE (R.), DELBET (P.), DONZELOT (E.), CASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.) LAROCHE (G.), LAUBRY (Ch.), LEMAITRE (F.), LEVY-SOLAL (E.), LHERMITE (J.) LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MULON (P.), OLIVIER (E.), RICHET (Ch.), SANNIE (Ch.), SEZARY (A.), TANON (L.), VELTER (E).

Doyen : ..... Léon BINET
Membre de l'Institut

Assesseur : ..... Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS

Anatomie		CORDIER (G.)
Anatomie Pathologique		DELARUE (A.)
Bactériologie		FASQUELLE (R.)
Biochimie Médicale		JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Educ. Phy. et Sports		CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie Médicale		FAUVERT (R.)
Cancérologie Médicale et sociale		BERNARD (J.)
Clinique de cardiologie		MOUQUIN (M.)
Cliniques Chirurgicales	Beaujon	SICARD (A.)
	Cochin	QUENU (J.)
	Hôtel-Dieu	MENEGAUX (C.)
	Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Clinique Chirurg. réparatrice et orthopédique		MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de Chirurgie cardio-vasculaire		de GAUDART-d'ALLAINES(F)
Clinique de Chirurg. infantile et orthopédie		FEVRE (M.)
Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire		MATHEY (J.)
Clinique gynécologique		FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang		MARCHAL
Clinique des maladies du système nerveux		ALAJOUANINE (T.)
Cliniques Médicales	Bichat	JUSTIN-BESANCON (L.)
	Broussais	DE GENNES (L.)
	Cochin	MOREAU (R.)
	Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Clinique Méd. d'Hydro-climatologie thérapeutique		DEBRAY (C.)
Clinique Médicale propédeutique		PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition		BOULIN (R.)
Clinique de neuro-chirurgie		PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques Obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Port-Royal	VARANGOT (J.)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548803_0079

Clinique d'Obstétrique et de gynécologie	LANTUEJOUL (P.)
Clinique Ophtalmologique	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (G.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique rhumatologique médicale et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	SOULIE (P.)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Médecine du travail	DESOILLE (H.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie Chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.)
Pathologie médicale	DECOURT (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESCREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES de CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

Anatomie	DELMAS (A.) pr s.ch. CABROL (C.) DEBEYRE (J.) OLIVIER (G.)
Anatomie Pathologique	GAUTHIER-VILLARD Mlle P. pr.s.ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	NEVOT (A.) pr.s.ch. CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	ETTORI (J.) pr.s.ch. DESCREZ (P.) POLONOVSKI (J.) SCHAPIRA (R.)

Biologie Médicale	BOURLIERE (F.)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (F?)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
	COUJARD (F.
Histologie	N ...
	N ...
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr.s.ch.
	DEPARIS (M.) pr.s.ch.
Maladies Infectieuses	BASTIN (R.)
	DEROBERT (L.) pr.s.ch.
Médecine légale	GAULTIER (M.)
	HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (G.)
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
	GRASSET (J.)
	LE LORIER (G.)
	LEPAGE (F.)
Obstétrique	MERGER (P.)
	MORIN (P.)
	RAVINA (J.)
	ROBEY (M.)
	BREGEAT (P.)
Ophtalmologie	DESVIGNES (P.)
Orthopédie	JUDET (R.)
	AUBRY (M.)
Oto-rhino-laryngologie	MADURO (R.)
	BRUMPT (L.G.)
Parasitologie	CHABAUD (A.)
	ABOULKER (P.)
	BARGAT (J.)
	BAUMANN (J.)
	CAUCHOIX (J.)
	DUBOST (C.)
	FAUREL (J.)
	FLABEAU (F.)
	GERMAIN (A.)
Pathologie chirurgicale	GOSSET (J.)
	LAURENCE (G.)
	LORTAT-JACOB (J.)
	MATHEY (J.)
	OLIVIER (Cl.)
	POILLEUX (F.)
	THOMERET (G.)
	VERNE (J.M.)
	LOEPER (J.)
Pathologie expérimentale	MAURICE (P.)

Pathologie médicale	BOUDIN (G.) BOUVIER (J.B.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DEROT (M.) DOMART (A.) LAMOTTE (M.) LAROCHE (C.P.) MAGREZ (C.) MILLIEZ (P.) PEQUIGNOT (H.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) ROYER (P.) THIEFFRY (St.) TURIAF (J.) WOLFROMM (R.) N ...
Pédiatrie	JOSEPH (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKY (Cl.)
Pharmacologie	CHEYNOL (J.) pr.s.ch. LEVY (Mlle J.) pr.s.ch.
Physiologie	BARJETON (D.) pr.s.ch. PARROT (J.) pr.s.ch. DEJOURS (P.)
Physique Médicale	DJOURND (A.) pr.s.ch. COUGEROT (L.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
Urologie	KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES de COURS de CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

Clinique chirurgicale	AMELINE (A.) HUGUIER (J.) LEGER (L.) PADOVANI (P.) ROUX (M.)
Clinique médicale	DREYFUS (Gilbert) HAGUENAU (J.) pr.s.ch. KOURILSKY (R.) MARCHAL (G.)
Clinique neurologique	DE SEZE (S.)
Clinique obstétricale	MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)

==========

Secrétaire général de la Faculté ..... M. MOREL (J.)
Secrétaire ..... Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction .... M. le Dr. HAHN(A.)
Conservateur ..... Mlle GOICHON (A.)
Bibliothécaires ..... Mlles DUMAITRE (P.)
LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE,

Aux sacrifices duquel nous devons d'avoir mené à bien nos études.

En témoignage de notre profonde affection.

A MES AMIS.

A Monsieur le Professeur Marcel L E L O N G

Professeur de Clinique de Puériculture

Médecin-Chef de l'Hôpital
de Saint-Vincent de Paul

Officier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé Raymond J O S E P H

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux,

Qui nous a accueilli dans son service de l'hôpital des Enfants Malades.

En témoignagne de notre gratitude.

A Monsieur le Docteur Michel S O U L E

Assistant des Hôpitaux

Ancien Chef de Clinique

à la Faculté de Médecine de Paris,

Avec nos sentiments très reconnaissants pour l'aide bienveillante qu'il nous a apportée dans l'accomplissement de ce travail.

A Mes Maîtres dans les Hôpitaux de PARIS

et à l'Hôpital de SENLIS.

En hommage de notre admiration
et de notre gratitude.

I.- INTRODUCTION

La médecine infantile connaît depuis quelques années une double évolution.

En premier lieu, la fréquence des hospitalisations augmente considérablement. Les raisons en sont multiples. Grâce aux progrès de la Science, la mortalité hospitalière a régressé de façon spectaculaire. Citons à titre d'exemple la révolution apportée en médecine par les antibiotiques, en chirurgie par la réanimation. Comme corollaire, les parents abandonnent peu à peu, même en milieu rural, le préjugé défavorable qui voulait que tout enfant hospitalisé était perdu. De plus, la médecine moderne exige des moyens d'investigation et de traitement qui souvent ne peuvent être fournis que par un service spécialisé de pédiatrie.

D'autre part, sous l'influence des psychologues et des psychiatres d'enfants, nous sommes parvenus à une meilleure connaissance de l'évolution et des problèmes psychologiques et affectifs de la première enfance. En particulier, l'influence des soins maternels sur la santé mentale, et les conséquences de leur carence ont été mises en lumière par les travaux de BURLINGHAM et FREUD, de R.A. SPITZ, l'enquête mondiale de J. BOWLBY, et en France par Madame AUBRY.

Il se dégage des travaux publiés et des observations étudiées que l'enfant hospitalisé va être soumis à trois dangers :

- la détresse due à la séparation d'avec sa mère et son milieu familial.
- la carence plus ou moins prolongée de soins maternels.
- le traumatisme psychique lié aux conditions de la vie hospitalière, aux soins et aux interventions chirurgicales.

Notre but est d'étudier les troubles que l'enfant peut présenter comme réaction secondaire ou comme séquelle de ce stress, après son retour au foyer familial.

Après avoir détaillé les principaux accidents observés, nous analyserons les facteurs d'apparition : facteurs constitutionnels, liés à la personnalité de l'enfant, facteurs liés au milieu familial, enfin facteurs liés au milieu hospitalier. Puis nous envisagerons une interprétation de ce syndrome qui nous permettra de proposer quelques règles thérapeutiques curatives, et surtout préventives.

II.- Les CIRCONSTANCES d'APPARITION

1.- APRES une HOSPITALISATION SIMPLE, de COURTE DUREE :

On peut observer des troubles très graves après une hospitalisation banale, sans histoires, n'ayant duré que quelques jours. Par exemple après un isolement de quinze ou vingt jours pour une maladie infectieuse, ou bien pour une infection saisonnière, ou encore après un séjour pour examens complémentaires n'ayant pas retenu l'enfant plus de huit ou dix jours.

2.- APRES une HOSPITALISATION de LONGUE DUREE :

Cela se voit par exemple au cours d'affections chroniques, traînantes, ou prolongées par des rechutes : poliomyélite, rhumatisme articulaire aigu, néphropathie, forme sévère de tuberculose. Le problème est le même si, après une hospitalisation simple, l'enfant est placé dans une maison de convalescence. Le petit malade délaissé présente alors à un degré variable ce syndrome d'institution que R.A. SPITZ a décrit sous le nom d'hospitalisme. La gravité de l'état est fonction de la durée du séjour, et il s'ajoute aux désordres affectifs une regression psychomotrice plus ou moins profonde.

En fait, ce tableau est schématique, et susceptible de variations étendues : l'enfant peut trouver en la personne d'une infirmière un substitut maternel suffisant pour conserver une évolution normale.

3.- APRES des HOSPITALISATIONS REPETEES :

Les séjours à l'hôpital peuvent se succéder pour des causes indépendantes, par suite de maladies différentes successives, ou être dues à une affection sujette à des rechutes, par exemple des convulsions ou un rhumatisme évolutif. Il arrive que l'enfant retrouve

sans appéhension, voire avec plaisir, le petit lit blanc et les infirmières, mais le plus souvent, il est comme sensibilisé par ses expériences antérieures, et ses réactions sont de plus en plus violentes à chaque admission.

4.- APRES une HOSPITALISATION JUSTIFIEE par une INTERVENTION CHIRURGICALE :

Les réactions après les opérations sont connues depuis assez longtemps. Les interventions les plus traumatisantes à ce point de vue sont l'amygdalectomie, l'adénoïdectomie et les opérations sur le prépuce ou le méat. L'importance de ce facteur chirurgical semble énorme, surtout si l'enfant n'a pas été préparé, ou a été opéré par surprise.

III.- S E M E I O L O G I E

1.- Le COMPORTEMENT de l'ENFANT à l'HOPITAL.

La réaction la plus commune est une détresse initiale assez intense qui se traduit par des cris et des pleurs qui s'accentuent à la moindre approche des médecins ou des infirmières. Cette phase d'opposition dure en moyenne deux ou trois jours. Puis, peu à peu, le petit malade fait preuve d'une relative acclimatation, qui évolue très souvent, vers le huitième ou dixième jour vers une sociabilité tout-à-fait normale. Cependant un certain nombre de sujets garde l'attitude opposante et agressive pendant tout leur séjour.

Inversement d'autres enfants manifestent dès leur arrivée une adaptation aisée. Ils s'intéressent avec curiosité à leur nouveau milieu, sourient et sympathisent d'emblée avec les étrangers qui s'occupent d'eux. Mais si leur séjour se prolonge, il n'est pas rare de les voir, au bout de deux ou trois semaines, changer de caractère, devenir irritables ou tristes.

Il ne nous semble pas que l'un ou l'autre de ces deux comportements puisse faire prévoir les modalités de l'attitude après la sortie de l'hôpital, ni la gravité des troubles. Par contre, il nous a semblé retrouver dans un troisième groupe d'enfants, d'une part, une plus grande fréquence d'anomalies mineures psychomotrices dans les antécédants, d'autre part, une prédisposition notable aux accidents ultérieurs.

Il s'agit d'enfants qui montrent dès le début, et pendant toute la durée de leur séjour, une indifférence profonde, subissant les examens, les soins, les déplacements, sans aucune réaction émotive apparente. Ils déconcertent, à juste titre, les infirmières peu expérimentées. Pourtant, il nous est arrivé plusieurs fois de voir l'un d'eux, qui n'avait pas desséré les dents pendant une ou deux semaines, éclater en sanglots et se précipiter dans les bras de l'infirmière au moment où leur mère venait l'habiller pour le ramener à la maison.

L'attitude du jeune enfant pendant les visites des parents, peut, elle, donner déjà une idée du retentissement affectif de la séparation, à condition qu'ils puissent l'approcher et leur parler. Il a été décrit dans le cadre de l'hospitalis[illegible] attitude d'indifférence pendant les visites, avec ignorance apparente de la présence de la mère, suivie de pleurs au moment de son départ. Or nous avons constaté cette réaction chez des enfants admis depuis quelques jours seulement, et plus particulièrement chez de petits opérés. Nous pensons que cela traduit le rejet des parents par le dépit engendré par le sentiment d'abandon, et constitue le prélude aux drames qui vont survenir.quelques jours ou quelques semaines plus tard, après le retour dans la famille. Nous allons maintenant passer ces accidents en revue, par ordre de gravité croissante.

2.- Les REACTIONS IMMEDIATES au RETOUR.

A.- Les TROUBLES MINEURS

Leur gravité est variable, en général modérée, aussi amènent-ils rarement à consulter à l'hôpital. Cependant, en les recherchant systématiquement en tant que médecin de famille, comme nous avons pu le faire au cours de remplacements de médecins, il nous a semblé que leur fréquence était considérable, et leurs répercussions familiales dignes d'être prises en considération.

a.- La dépendance accrue :

C'est la réaction la plus commune. Tantôt dès le retour, tantôt après une courte phase pendant laquelle l'enfant semble affectivement glacé, celui-ci s'accroche à sa mère, réclame sa présence constante. S'il ne marche pas, ou s'il est encore alité, c'est par des stratagèmes qu'il s'assure son attention : crise de pleurs violentes, besoins constants. S'il peut marcher, il la suit pas à pas, accroché littéralement à sa robe. Un drame se déclenche si la maman doit sortir ou s'absenter sans l'emmener. Il lui faut alors réitérer ses promesses de revenir aussitôt, s'engager à lui ramener des cadeaux et des confiseries. Malgré tout cela, elle trouve à son setour le visage de l'enfant baigné de larmes, anxieux, et s'entend dire : "Tu ne m'aimes plus!".

OBSERVATION N° 1 (45) :

Il s'agit d'un petit garçon de deux ans et demi, jusque là indépendant de sa mère. Il est hospitalisé cinq jours pour l'ablation des amygdales et des végétations. A son retour, il s'accroche à sa mère, pleure dès qu'il la quitte des yeux, ou qu'il est laissé seul avec des personnes étrangères, refuse énergiquement d'être laissé à la pouponnière. Cet état va persister jusqu'à l'âge de cinq ans.

b.- Négativisme et agressivité :

Il est fréquent également d'observer des réactions apparemment inverses, faites d'opposition aux êtres jusque là adorés. Le caractère de l'enfant est dominé par une instabilité, des sautes d'humeur imprévisibles, et des crises de colère peu ou non motivées. L'ensemble traduit une hostilité tantôt franche, tantôt masquée, dirigée contre la mère, contre les frères et soeurs, plus particulièrement le dernier né, plus rarement contre le père ou les autres membres de la famille. En même temps, l'enfant est irritable, désobéïssant, capricieux, autoritaire, et, pour peu que les parents s'y prêtent, ne tarde pas à devenir un petit despote.

OBSERVATION N° 2 (Pers.) :

Alain P.., de Reims, est hospitalisé à 2 ans, pour une rhino-pharyngite avec otite, pendant 10 jours, puis confié à une grand-mère pendant une semaine, sa mère, femme faible et sans autorité étant malade. A son retour, Alain se montre instable, irritable, présente des crises de colère, des revendications, mais s'accroche à sa mère dès qu'elle doit sortir. Nous faisons sa connaissance à cette époque, à l'occasion d'une visite à sa mère. Dès qu'il entend le mot "Docteur", Alain se précipite sur elle, lui donne de violents coups de pied et de poing, puis court se cacher derrière elle en pleurant, la tête enfouie dans sa jupe.

c.- Symptômes de régression :

Nous abordons ici des troubles que nous avons isolé à cause de leur particularité, tout en reconnaissant leur parenté avec les réactions de dépendance. Ils semblent l'apanage de l'enfant jeune, avant quatre ans. Le petit malade adopte à son retour de l'hôpital un comportement infantile, comme s'il régressait de quelques mois ou de quelques

années dans son évolution psycho-motrice, ou abandonnait quelques progrès récemment réalisés. Tel enfant qui marchait refuse de se tenir sur les jambes tel autre qui mangeait à la cuiller n'accepte plus que le biberon. Des enfants ayant acquis la propreté et des habitudes régulières d'exonération, se souillent à présent à toute heure du jour et de la nuit. Certains oublient les quelques mots ou les éléments de syntaxe qu'ils connaissaient et se contentent de babiller comme un nourrisson de dix mois. Lévy cite des cas de terreurs nocturnes ou d'énurésie, qui, guéries depuis plusieurs mois, rechutent après une amygdalectomie, ce qui peut-être considéré comme une régression. Cette attitude se voit plus volontiers lorsque l'enfant se trouve en présence d'une rivalité nouvelle, en la personne par exemple d'un petit frère, dont la naissance à coïncidé précisément avec l'hospitalisation. A ce cadre, nous ajouterons les déviations de l'appétit, soit par défaut = anorexie rebelle à toute thérapeutique, soit par excès = boulimie excessive. En général tous ces indidents ne persistent pas s'ils ne sont pas aggravés par l'attitude intransigeante des parents.

OBSERVATION N° 3 (Pers.) :

Jean-Pierre V... Mortifontaine. A trois ans, il est hospitalisé une semaine pour examens complémentaires à la suite d'une chute ayant causé une hémarthrose du genou. A son retour, et pendant deux mois et demi, bien que guéri, Jean-Pierre refuse de marcher et même de tenir sur ses jambes, et s'exprime par anomatopées alors qu'il parlait normalement pour son âge grâce à la patience de ses parents, il réapprend lentement la marche, et son vocabulaire perdu.

d.- Les tics et le maniérisme :

Ce sont des réactions connues, souvent révélatrices d'un conflit, mais non spécifiques. On ne les observe d'ailleurs que chez l'enfant déjà âgé, rarement avant cinq ans. Les variétés de tics sont très nombreuses. Les plus fréquentes sont les tics de la face, les bruits laryngés. Le maniérisme apporte des formes très diverses, et s'apparente aux formes mineures de l'hystérie.

OBSERVATION N° 4 (Pers.) :

Hubert V... Senlis, est hospitalisé à 10 ans pour une coqueluche sévère. Il reste isolé trois semaines. A son retour, il paraît calme, mais périodiquement, il s'arrête de jouer ou de lire, se lève, place ses mains au-dessus de la tête, paumes en l'air, doigts écartés, se promène ainsi dans la pièce, comme absent, indifférent aux appels de sa mère, va se fixer près de la fenêtre quelques minutes, puis retourne à ses jeux sans un mot. Ces crises s'espacent puis disparaissent en six semaines.

e.- Les troubles du sommeil :

Ils sont très fréquents, et se voient surtout après les interventions chirurgicales. Leur intensité peut d'ailleurs amener les parents à consulter à leur sujet.

Ce sont en premier lieu les terreurs nocturnes, elles surviennent le plus souvent entre deux et quatre ans. D. Levy en rapporte cependant cinq cas avant dix-huit mois chez des petits opérés, et ces observations dans la grande enfance ne sont pas rares. Nous distinguerons :

- les cris nocturnes : ce sont des appels déchirants, qui réveillent l'enfant, et rapidement calmés par la présence des parents.

- les terreurs nocturnes vraies, qui sont des crises d'agitation et de cris violents pendant lesquelles l'enfant ne semble pas conscient, et ne reconnaît pas ses parents. Habituellement, tout cède au bout de quelques instants et le sommeil revient.

- Au maximum on peut voir des terreurs nocturnes effroyables, durant une demi-heure ou une heure, avec des hallucinations.

Ces accidents sont impressionnants pour les parents, et mettent leur patience à rude épreuve. Ils peuvent persister plusieurs mois ou plusieurs années, cela d'autant plus facilement que l'enfant est plus jeune.

OBSERVATION N° 5 (45) :

Un petit garçon de quatre ans manifeste des réactions de dépendance vis-à-vis de sa mère après la naissance d'une petite soeur. C'est à ce moment qu'il est hospitalisé dix jours pour subir une appendicectomie. A son retour il présente des terreurs nocturnes extrêmement intenses, toutes les nuits, qui disparaissent définitivement en une semaine.

Tout autres sont les troubles du coucher : certains enfants ne manifestent des caprices que le soir venu, en refusant de se mettre au lit. Le coucher est l'occasion de scènes de larmes. L'enfant retarde le départ de sa mère, réclame une histoire, invente des prétextes.

OBSERVATION N° 6 (21) :

Sheila C... âgée de dix mois, est isolée quinze jours. Elle n'est visitée que par sa grand-mère. A son retour, elle semble ne pas reconnaître sa mère, mais le premier soir au coucher, puis tous les soirs, elle s'accroche à elle et pousse des hurlements. Elle devient méchante, irritable. Ces troubles vont persister pendant huit mois.

Un autre enfant, hospitalisé plusieurs mois aux Enfants Malades pour une cardiopathie congénitale ne consentant à se laisser coucher chez lui que si sa mère se déguisait à ce moment en infirmière, avec une blouse blanche et un voile.

f.- Les peurs :

Ce chapitre est vaste et varié. Les types de peurs sont innombrables, nous allons énumérer les plus fréquemment rencontrées. En général, l'hospitalisation ne fait que sensibiliser des peurs préexistantes, concernant tout ce qui est d'ordre médical, et déclenchées par des examens antérieurs douloureux, des vaccinations, des paracenthèses. Il est courant de rencontrer chez les enfants que l'on examine chez eux, cette appréhension disproportionnée plusieurs mois ou plusieurs années après un séjour à l'hôpital.

La plupart des peurs étudiées ont un rapport direct avec les expériences venues pendant le séjour. Ce sont les peurs des hôpitaux, des médecins, de toutes les personnes habillées de blanc; des examens, ou des soins médicaux. Elles sont donc spécifiques.

D'autres peurs sont déclenchées par analogie avec des détails se rapportant à l'hôpital = ce sont par exemple la peur des taxis, des coiffeurs, des bâtiments étranges, tels que les casernes, les écoles, les usines, la peur des soins pour une petite blessure, la peur des odeurs étranges (éther, ammoniaque, produits d'entretien), la peur des pompes à essence.

Certaines peurs, enfin, n'ont qu'un rapport très lointain avec la médecine, et peuvent être considérées comme symboliques : telles sont la peur de l'obscurité, la peur des hommes inconnus, de la rue, et des pièces fermées.

OBSERVATION N° 7 (45) :

Une petite fille de quatre ans et demi est hospitalisée pour une amygdalectomie. Durant trois mois, elle va conserver à l'état isolé la peur du bruit et la peut de traverser la rue.

OBSERVATION N° 8 (45) :

Un petit garçon de dix-neuf mois est hospitalisé pour une otite survenant peu de temps après une vaccination. Pendant six mois, il crie et pleure en présence de tout homme autre que son père.

Nous avons classifié ces troubles mineurs, pour la clarté de l'exposé. Il n'en reste pas moins que si quelques enfants présentent l'un des symptomes à l'état isolé, par exemple des terreurs nocturnes, un tic, de l'énurésie, ou une peur, la plupart développent un tableau complexe associant plusieurs anomalies. C'est ainsi que l'on rencontre couremment chez le même enfant des peurs, des réactions de dépendance et de négativisme alternées et des troubles du coucher, ou encore des terreurs nocturnes coïncidant avec un état de régression.

B.- Les FORMES GRAVES

Les formes mineures couvrent, heureusement, la presque totalité des cas. Il existe cependant quelques observations d'enfants qui, par l'intensité ou la durée de leurs réactions vont amener leurs parents à consulter le médecin de famille ou le psychiâtre.

Parmi les formes prolongées, nous avons trouvé surtout des terreurs nocturnes et des peurs, qui, dans quelques cas du D. Lévy avaient persisté plusieurs années.

Les formes graves d'emblée se rencontrent plus volontiers chez l'enfant plus âgé, après six ans. Nous retiendrons quatre variétés parmi les entités psychiatriques observées :

- les phobies qui sont des peurs, mais beaucoup plus sévères et plus intenses.

OBSERVATION N° 9 (45) :

Un petit garçon de six ans et demi est hospitalisé pour être opéré d'une circoncision quelques mois après la naissance d'un petit frère. A son retour il manifeste une hostilité ouverte vis-à-vis de son père, accompagnée de désespoir par peur d'avoir été castré avec idée de suicide. Il répète sans cesse le jeu de l'opération, au cours duquel il tue son père et le docteur. Ces troubles vont s'atténuer en même temps que va se développer la phobie des pièces fermées : il ne peut supporter de rester dans une pièce si une des issues n'est pas ouverte, notamment dans la salle de bains. Cela va évoluer pendant des mois et nécessiter un traitement psychiatrique.

- Les états anxieux : ce sont des angoisses permanentes déterminées par l'imminence d'un danger imaginaire.

OBSERVATION N° 10 (45) :

Ce garçon a subi plusieurs interventions =

Une méatotomie à 16 mois, une amygdalectomie à trois ans et demi et une ablation de verrues à quatre ans. Après cette dernière opération il entre dans une phase d'anxiété axée par la peur d'un complot que sa mère tramerait contre lui. Ses cauchemars répètent chaque nuit des scènes de violences qui lui sont infligées par une femme. Un traitement psychiatrique est nécessaire.

- Les réactions obsessionnelles : l'enfant est l'objet d'impulsions l'obligeant à accomplir des actes qui correspondent à une satisfaction, ou plus souvent à une défense. Tel est par exemple le jeu de l'hopital qu'il répète sans cesse avec sa poupée, ou les rites qu'il impose journellement à ses parents.

OBSERVATION N° 11 (45) :

Un petit garçon est hospitalisé à trois ans et demi pour une amygdalectomie. Une semaine après son retour il commence à pratiquer des rites du coucher: ses pantoufles doivent être placés sous le lit sur un endroit précis du parquet, sa chemise étendue au pied du lit d'une façon déterminée, et ainsi de suite. Si un détail n'est pas observé, ce sont des pleurs à n'en plus finir. En même temps on note une peur de l'obscurité. Un traitement est entrepris.

- Réactions hystériques : ce sont des crises nerveuses de nature émotionnelle, soit provoquées par une cause quelconque d'énervement, surtout la joie contrariée, soit spontanée = c'est alors l'hystérie périodique.

OBSERVATION N° 12 (45) :

Un garçon de onze ans est hospitalisé pour amygdalectomie. Quinze jours après son retour, il présente dans l'autobus une crise d'engourdissement dans tout le corps. Il refait un accident semblable à l'école quelques jours plus tard alors qu'on lui faisait sentir un flacon d'essences végétales. Puis les crises se répètent de plus en plus souvent. Lorsqu'il décrit son malaise, il insiste sur l'analogie avec ce qu'il a ressenti au moment de l'anesthésie.

3.- Les TROUBLES TARDIFS :

Un nombre important d'enfants semble très bien supporter l'hospitalisation ou l'opération. Leur réadaptation au milieu familial parait parfaite, lorsque, plusieurs mois ou plusieurs années plus tard, un accident fortuit, ou une nouvelle hospitalisation va révéler l'altération, latente, mais profonde, de l'affectivité. La cause déclenchante est parfois minime : ce peut-être un examen par un médecin à l'occasion d'une affection quelconque, quelques soins nécessités par une petite plaie. Ailleurs, c'est un événement plus conséquent, mais sans rapport direct avec l'enfant qui va faire surgir une pathologie inattendue : par exemple la naissance d'un petit frère, ou le décès d'un parent ou grand-parent. Le plus souvent, c'est à l'occasion d'une nouvelle hospitalisation, ou d'une visite dans une consultation externe hospitalière que l'on va voir apparaître l'un des troubles décrits précédemment. Plus rarement, et l'enquête est alors difficile à mener, des troubles du comportement ou du caractère vont apparaître en apparence spontanément, par exemple à la puberté. Seule la psychanalyse peut dans ce cas révéler le lien avec le traumatisme initial.

OBSERVATION N° 13 (21) :

May T... voit mourrir sa soeur jumelle d'une diphtérie à l'âge de huit ans. Après avoir pratiqué des prélèvements à toute la famille, le médecin la trouve porteuse de germes et dit "C'est elle la coupable". Elle est hospitalisée trois mois et isolée. A son retour, elle paraît normale, mais vers l'âge de onze ans, donc trois ans plus tard, elle développe une névrose complexe avec anxiété, sentiment de culpabilité et vol.

IV.- E T U D E

des PRINCIPAUX FACTEURS ETIOLOGIQUES

Avant d'aborder leur interprétation, nous allons analyser les facteurs essentiels de déclenchement ou d'aggravation de ces accidents, ce qui nous amènera à étudier l'enfant, sa mère, enfin l'hôpital.

1.- FACTEURS CONSTITUTIONNELS

ETUDE de l'ENFANT

Il s'agit de rechercher s'il existe une prédisposition, si l'on peut prévoir l'apparition d'accidents sérieux, donc tenter de les éviter.

- Influence de l'âge. Il ne semble pas avoir de rapports avec la gravité des troubles, mais plutôt avec leur nature. Les statistiques varient évidemment avec le recrutement, mais on retrouve autant de formes sévères ou prolongées dans les lots d'enfants de moins de dix-huit mois qu'après six ans. Cependant, nous pouvons avancer que l'enfant très jeune présente plus volontiers des réactions de dépendance, de régression, de négativisme, des terreurs nocturnes, alors que l'enfant plus âgé, de dix à douze ans développe de préférence des peurs, de l'énurésie, des tics ou des syndromes psychiatriques individualisés telles que phobies ou anxiétés.

- Le sexe ne paraît pas avoir d'influence évidente.

- Le rang dans la fraterie, par contre, a retenu notre attention. Il nous paraît que les enfants uniques ou les derniers-nés d'une famille nombreuse sont plus fragiles, ceci pour des raisons psychologiques simples : ce sont des enfants beaucoup plus dépendants du milieu familial.

- Le profil psychologique de l'enfant est certainement le point le plus important à considérer. Tous les psychologues d'enfants s'accordent à reconnaître qu'il existe très tôt des

terrains psychogènes sur lesquels le moindre traumatisme ou conflit déclenchera ou accentuera des déviations psychiques latentes. Ainsi MICHAUX admet l'existence à côté d'une perversibilité constitutionnelle, héréditaire, des perversions réactionnelles, conditionnelles dépendant de l'ambiance, mais qui se voient plus fréquemment chez les enfants de type paranoïa et les hyperémotifs. JESSNER et BLOOM, considérant le retentissement de l'amygdalectomie chez le jeune enfant, ont étudié les antécédents des 143 cas de leur statistique : seule une quarantaine d'enfants étaient indemnes avant l'opération de toute anomalie. Les autres, soit plus des deux tiers du total, présentaient déjà, à des degrés variables quelques troubles du caractère et du comportement.

- Méthodes d'exploration chez l'enfant. L'affectivité est toujours délicate à étudier chez l'enfant. Chez l'enfant de moins de deux ans, il faut se contenter de l'exploration directe et de l'observation du jeu spontané ou provoqué. Le sujet plus âgé peut se prêter aux méthodes projectives : soit les méthodes visuelles = Test des attitudes familiales de JACKSON, test du film des canaris ; soit les méthodes verbales = histoires ou fables à compléter ; soit les méthodes ludiques, libres ou contrôlées = modelage, test des marionnettes de M. RAMBERT, Psychodrame ; soit les méthodes graphiques = le test du dessin de la famille, de Mr POROT est très simple à réaliser et donne des renseignements très utiles sur les relations familiales du petit malade. La psychanalyse, enfin s'applique, aux cas plus complexes.

2.- Le FACTEUR FAMILIAL

ETUDE de la MERE

Nous avons vu d'une part que l'affectivité de l'enfant hospitalisé était menacée de deux dangers : la détresse de séparation et la carence de soins maternels, d'autre part que sa personnalité était en grande partie conditionnée par l'ambiance. Cela nous amène à étudier les relations de l'enfant avec son milieu familial, et essentiellement avec sa mère.

On peut considérer les relations mère - enfant pendant la première enfance comme une symbiose affective, c'est-à-dire un échange de stimulations et de satisfactions. Pour Mr POROT, la composante dominante des ralations familiales est la sécurité, dont

les éléments sont l'amour, l'acceptation et la stabilité. R A. SPITZ affirme que les réactions d'hospitalisme sont d'autant plus intenses que les relations antérieures entre la mère et l'enfant étaient bonnes. Il nous semble que le problème soit plus complexe en ce qui concerne la pathologie post-hospitalière.

Examinons en premier lieu comment cette sécurité nécessaire à l'enfant peut être altérée par le comportement des parents. Le couple parental peut se trouver incomplet, ou inéfficace. Tous les auteurs qui se sont intéressés à la délinquance juvénile ont retrouvé dans les antécédents de ces adolescents une forme de dissociation familiale dans 60 à 80 pour cent des cas = il s'agit soit de décès, de divorce, de séparation, soit de mésentente. Le malaise peut aussi provenir de déviations de l'affectivité maternelle. Bien souvent, hélas, l'enfant n'est pas désiré, et, consciemment ou non, l'attitude de la mère traduit sa rancoeur. De plus, différents psychologues ont démontré que lorsqu'une femme a éprouvé dans son enfance des difficultés importantes dans le développement de ses relations affectives avec ses parents, ayant abouti à un échec , elle a tendance à projeter le trouble qui résulte de cette expérience personnelle douloureuse avec ses propres enfants, ce qui mène à son tour à un échec ou à un conflit. Toutes ces situations donnent lieu à des attitudes vis-à-vis de l'enfant très différentes :

- le rejet larvé où l'hostilité ne se manifeste que de façon très indirecte ;
- le rejet actif, dont Poil de Carotte est une illustration saisissante. Il peut aboutir à des haines familiales que Hervé BAZIN a vécues puis décrites ;
- la dysharmonie avec sautes d'humeurs cycliques, qui n'est qu'un rejet partiellement compensé ;
- l'attitude dite de mère abusive ou hyperprotectrice, qui est souvent interprétée par les psychanalystes comme une hostilité déguisée en angoisse.

Nous allons avoir à présent comment l'enfant peut réagir à ces frustrations affectives intra-familiales. L'insatisfaction et l'insécurité qui naissent de ces états peuvent entraîner chez lui une indifférence affective réelle ou apparente. Le terrain est propice aux troubles du caractère et à la délinquance. Ce sont des enfants désobéissants, difficiles à contrôler. Ils réagissent assez

bien à l'hospitalisation, mais leur mauvais caractère est régulièrement aggravé à leur retour. Inversement, un autre groupe d'enfants, plus émotifs, va réagir par une véritable gloutonnerie affective. Conscients de la fragilité des liens maternels, ils sont sans cesse à l'affut des preuves d'amour, de récompenses. Par contre-coups, ils sont intolérants à la privation et à la séparation, ce que G. GUEX et J. BOUTONNIER ont appelé le caractère abandonnique. L'hospitalisation est pour eux une catastrophe par la réaction de désarroi immédiate. Les réactions secondaires après le retour sont également intenses, la dépendance est accrue, et de nouveau troubles - régression, terreurs nocturnes, anxiété - peuvent apparaître. Dans un dernier groupe, le conflit se manifeste chez l'enfant de façon déguisée par des tics, du bégaiement, de l'énurésie. Nous avons vu ces anomalies s'aggraver ou rechuter fréquemment après une hospitalisation ou une opération.

Signalons pour clore ce chapitre, comme cause prédisposante aux réactions post-hospitalières, les expériences terrifiantes vécues dans la famille = tels sont les scènes de ménage violentes, les accidents graves, le décès récent d'un parent proche.

Très particulier est le cas de la naissance d'un petit frère ou d'une soeur pendant une hospitalisation prolongée à dessein, éventualité qui est loin d'être rare. Le problème se complique alors de l'apparition d'une rivalité et les accidents de régression et de dépendance sont davantage à craindre.

3.- Le FACTEUR HOSPITALIER

La séparation à l'admission est en général brutale : l'enfant est aussitôt pris en charge par des personnes étrangères et étranges qui le déshabillent, le lavent, le fixent dans un énorme lit. Qu'il soit enfermé dans un box d'isolement ou intégré à la communauté d'une grande salle, l'enfant est désorienté, frustré brusquement de cette sécurité si importante pour son bien être, et représentée par son univers familier. Rapidement, l'hostilité du milieu et des individus devient douloureusement agressive : au thermomètre et aux examens bizarres succèdent les piqûres, les soins et les choses désagréables à avaler. Puis, ultime phase qui n'est sûrement pas la moins pénible, le petit malade est laissé

seul, avec tout ce que cela comporte d'anxiété, d'appréhension, de sentiment d'abandon, contre toute logique, puisque c'est bien le moment où il aurait le plus besoin de sa mère,

Trop souvent, les visites des parents, ne font qu'aggraver le désespoir. D'abord panique, longtemps attendues, elles sont trop brèves et suivies d'une nouvelle séparation, d'un nouvel abandon. D'autre part, il arrive que les conditions soient si pénibles qu'elles rendent la rencontre néfaste : nous pensons à ces boxes fermés, à ces cloisons de verre au travers desquelles l'enfant aperçoit sa mère sans la toucher, sans l'entendre; Nous avons pu constater maintes fois que ces entrevues étaient aussi déprimantes pour la maman que génératrices de détresse pour l'enfant.

Petit à petit, le malade va peut être s'attacher à une infirmière qui vas compenser jusqu'à un certain point le vide affectif. Mais avec la meilleure volonté et le plus grand dévouement, cette dernière doit se partager entre trop d'enfants pour accorder à chacun suffisamment de présence, encore moins suffisamment de tendresse. Ses heures terminées, elle abandonne à son tour ses petits patients. Une autre la remplace, puis une nouvelle, et l'instabilité se perpétue.

Dans l'éventualité d'une intervention chirurgicale, le cauchemard est plus dramatique encore : l'enfant doit subir l'expérience très certainement horrifiante de la vision de la salle d'opération, avec ses appareils monstrueux, sa lumière aveuglante, ses personnages masqués, et, pour couronner le tout, le supplice de l'anesthésie, c'est-à-dire du masque, de l'asphyxie, de la sensation de la mort.

Le réveil, douloureux et seul, est certainement un moment anxiogène pour l'opéré. Insistons une fois de plus sur l'importance de l'amygdalectomie, de l'adénoïdectomie et des interventions O.R.L. en général à l'origine des troubles que nous étudions. En effet, c'est là que les conditions les plus défavorables peuvent s'accumuler : hospitalisation par surprise, anesthésie de force, réveil douloureux,

V.- PATHOGENIE

Après un bref rappel de l'évolution de l'affectivité chez l'enfant, nous tenterons en premier lieu d'interpréter les modes d'action des principaux facteurs psychotoxiques, puis de retracer schématiquement la génèse des différents accidents observés.

I.- EVOLUTION de l'AFFECTIVITE de l'ENFANT

Les psychologues d'enfants admettent que la période qui suit la naissance et une prolongation du stade foetal, c'est-à-dire une dépendance très étroite de la mère. Le sevrage ne se fait sur ce plan que très lentement, en plusieurs années, et n'est terminé que lorsque le nouvel être est capable de vivre de façon indépendante. Tout se passe donc comme si la mère donnait deux fois naissance à son fils : la première fois pour produire une masse de chair, la seconde pour réaliser un homme.

Donc pendant plusieurs mois, l'enfant n'a pas de notion de sa personnalité propre. Ce qu'il peut percevoir du monde ne forme qu'un ensemble confus. Le sein d'abord, puis le visage, les mains, tout le corps de la maman ne sont réalisés que comme un moi extérieur qui nourrit, apaise, cajole.

A huit mois commence à se dessiner une ébauche de jugement, de différenciation entre le bébé et sa mère, d'une part, entre sa mère et les personnes étrangères d'autre part. Cette étape est marquée par une phase d'angoisse, d'attachement plus marqué du besoin de présence, de pleurs.

De un à trois ans, le petit homme va franchir les stades les plus importants de son acheminement vers l'indépendance, qui sont la marche et le langage.

Au fur et à mesure qu'il découvre la dualité de son "moi" et du monde extérieur, il approfondit l'exploration de l'un et de l'autre. Si jusque là ses relations avec sa mère correspondaient à des besoins physiologiques, c'est par des impulsions affectives différenciées qu'il va maintenant rechercher son contact électif.

L'école psychanalytique a mis en évidence les rapports qui existent entre les stades évolutifs et la découverte des fonctions organiques : stade oral de six mois à dix-huit mois, stade anal de deux à trois ans, stade phallique de trois à cinq ans, stade oedipien vers trois à six ans.

L'âge de trois ans est marqué très souvent par une crise d'opposition aux parents. La résolution est en général simple, et il lui succède une période de latence jusqu'à la prépuberté.

Les manifestations émotionnelles sont précoces. Le sourire apparaît vers deux mois, mais n'a pas de valeur significative. R.A. SPITZ a montré que l'on pouvait le déclencher expérimentelement dans des conditions bien précises. La peur, la colère, le chagrin, la gaîté apparaissent à six mois, et l'angoisse, nous l'avons vu, vers huit mois. A un an la sympathie et la jalousie sont souvent individualisées, et à deux ans, l'enfant présente à peu près toutes les réactions émotionnelles normales. Progressivement, à partir de trois ans, la notion de milieu familial complexe se substitue à la notion de mère, objet unique d'affectivité.

2.- MODE d'ACTION des PRINCIPAUX FACTEURS

La séparation d'avec la mère ou le milieu familial joue le rôle d'une frustration brutale. Frustration d'abord de la stabilité, de la sécurité qui étaient jusque là permanentes et naturelles pour l'enfant. Frustration surtout de tout ce que l'on groupe sous le nom d'amour maternel. Tous les enfants y sont sensibles, la crainte de l'abandon étant une peur latente chez lui. Mais la séparation sera d'autant plus vivement ressentie si elle se produit au moment d'une crise psychologique, par exemple à huit mois, à trois ans, ou bien si une expérience antérieure indentique à déjà sensibilisé le petit malade. Celui-ci a tendance à interpréter ce qui lui arrive dans un sens agres-

sif ou primitif : Tantôt cela correspond dans son esprit à la réalisation des menaces entendues, tantôt il s'agit d'une peine qui lui est infligée pour quelque faute qui a été découverte. L'enfant jeune possède, comme l'a montre PIAGET, un sentiment de justice immanente, c'est-à-dire que toute faute appelle automatiquement une sanction, et il retrouve presque toujours dans son comportement antérieur un acte ou même une pensée qui ont pu motiver la rigueur des parents. Le trouble existe d'ailleurs également s'il ne découvre aucune cause apparente à cette prétendue punition.

+

+ +

La carence des soins maternels peut être à l'origine de troubles graves durant l'hospitalisation elle-même, et qui persisteront quelque temps après le retour dans la famille. Ils n'apparaissent que si l'enfant séjourne un certain temps à l'hôpital, ce qui se produit encore assez souvent. GESELL, puis R.A. SPITZ ont étudié l'évolution et la date d'apparition de ces troubles en collectivité - institutions, pouponnières -. Pour ces auteurs, pendant le premier mois, l'enfant adapte une attitude exigeante s'accrochant à toutes les personnes qui s'occupent de lui. Le mois suivant, l'intérêt et la réactivité diminuent, il refuse le contact des adultes et des autres enfants. Après trois mois, il est prostré, se désintéresse de tout, ce que R.A. SPITZ a décrit sous le nom de dépression anaclitique. Les balancements ou autres mouvements stéréotypés peuvent également apparaître à ce stade. Le quotient de développement et le quotient intellectuel commencent à diminuer de façon considérable. Cet auteur affirme qu'au délà de quatre mois les troubles sont irréversibles. Ces observations ne peuvent s'appliquer rigoureusement aux services de pédiatrie où les visites sont en général plus fréquentes, et où surtout les enfants sont suivis régulièrement. Il n'est cependant pas exceptionnel de nos jours de rencontrer dans nos grands services des petits malades hospitalisés depuis plusieurs mois, dans un tableau d'hospitalisme avancé que ni la visite des parents, ni les soins attentionnés des infirmières n'ont pu prévenir. Cela se retrouve surtout chez les enfants ayant subi des hospitalisations multiples, des changements de personnel, ou des séjours répétés, séparés par des placements en maison de convalescence.

Le traumatisme lié à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales. Le choc émotionnel que nous avons décrit cristallise ou réveille chez le jeune patient les peurs latentes de l'enfant qui sont, outre celle de l'abandon, la peur de la mutilation et celle de la mort.

La mort est symbolisée pour le tout-petit par l'obscurité et la nuit. A l'hôpital, cette appréhension de la nuit est accrue du fait de l'absence de la mère. L'anesthésie,surtout au masque, représente l'aspect agressif de la mort, par son analogie avec une exécution et par la perte de contrôle progressive.

La crainte de la mutilation existe très tôt, avant même la prise de conscience des organes sexuels. Le petit garçon se demande si l'opération n'avait pas pour but de lui retirer ses attributs masculins. Bien souvent, le père est pris pour le responsable qui a ordonné l'acte, notamment si l'enfant traverse la phase oédipienne, où le père est considéré comme un rival (OBSERVATION N° 9)

Ces interprétations symboliques s'imposent au malade d'autant plus facilement que l'hospitalisation et surtout l'intervention chirurgicale ont été réalisées rapidement, par surprise et sans aucune explication.

Nous voyons donc que sans l'influence de tous ces facteurs, l'enfant est persuadé que sa mère, ou que ses parents ne l'aiment plus, parfois même lui veulent du mal pour une faute qu'il ignore ou qu'il invente, et ainsi vont naître ces troubles que nous avons décrit.

3.- PATHOGENIE des TROUBLES OBSERVES

Le sentiment d'avoir été abandonné introduit chez l'enfant une diminution de la confiance et le besoin de s'assurer en permanence de la réalité de l'amour de sa mère. C'est ainsi que naissent les réactions de négativisme. Le petit convalescent essaie de tester l'affection de sa mère par son attitude hostile et agressive, cherchant à déclencher chez elle les manifestations de tendresse qui le rassurent. Parfois prédomine la crainte de la perdre à nouveau, qui entraîne alors de la perdre à nouveau, qui entraîne alors l'attitude de dépendance, l'accrochage, les crises de larmes ou de colère à chaque séparation.

Comme nous l'avons vu, ces deux comportements alternent très souvent car ils se complètent, l'enfant controlant en permanence la présence de sa maman, et par intermittence la nature de ses sentiments. Les symptômes de régression correspondent à la même nécessité d'attirer le plus possible les soins et l'attention maternels, tout en retrouvant de plus les satisfactions de la vie passive de nourrisson.

Avec les troubles du sommeil, les rites, les terreurs nocturnes, nous abordons une pathogénie plus complexe. C'est grâce aux théories psychanalytiques que nous pourrons tenter leur éclaircissement. Lorsqu'un traumatisme affectif a entraîné un conflit intérieur, les forces sub-conscientes de l'individu essaient de liquider la tension émotionnelle accumulée. L'un des moyens employés consiste à rechercher des satisfactions répétées, par le mécanisme des compulsions de répétition. Dans le cas le plus simple, la petite fille, opérée par exemple des amygdales, répète indéfiniment avec sa poupée le jeu de l'opération. Elle inverse les rôles, prenant d'abord la place des parents menaçants, puis celle du chirurgien, ce qui lui permet de dominer la situation à son avantage. Lorsque la tension est trop forte et ne peut-être atténuée par des satisfactions simples, il se produit des réactions de décharge, dont le type est la terreur nocturne. L'enfant revit la scène en rêve, ce qui correspond à une projection à l'extérieur du conflit, permettant d'écouler l'angoisse, latente à l'état de veille.

On peut considérer que de nombreux désordres tels que les tics, le maniérismes, les troubles de l'appétit puissent être expliqués par un processus analogue.

Le mécanisme de production des peurs est en général plus simple. A côté des peurs constitutionnelles latentes que nous avons signaléés, et qui ne demandent qu'à se réveiller, ou plutôt s'extérioriser, il existe des peurs spécifiques provoquées par une expérience traumatisante, ce que Watson appelle les peurs expérimentales. Les peurs symboliques sont déterminées par les interprétations fabulatrices de l'enfant.

Les formes graves et tardives - angoisses, phobies, obsessions - relèvent de la psychiatrie. Retenons simplement sur un plan général que le jeune enfant n'est pas équipé pour se défendre contre l'anxiété, ce qui justifie les retentissements profonds et lointains des chocs émotifs.

VI.- E V O L U T I O N

Nous avons vu que la durée des symptômes s'étalait de quelques jours à plusieurs années. Considérons donc maintenant quel est le devenir de ces enfants.

Dans un premier ordre de faits, nous assistons à une rétrocession complète des troubles apparents, que les accidents aient été discrets ou bruyants et spectaculaires, tout rentre dans l'ordre en quelques jours, quelques semaines au maximum, et l'enfant retrouve son humeur habituelle, ou des relations sociales normales qui rassurent sa mère.

Il est certain que l'attitude des parents peut influencer considérablement cette amélioration. Grâce à leur compréhension, leur patience, le petit anxieux va retrouver le calme, la confiance et la sécurité, c'est-à-dire qu'il va dominer, et même liquider son conflit.

On est en droit de se demander si, dans cette éventualité favorable, de même que lorsque l'enfant a bien supporté l'hospitalisation, cette séparation ne constitue pas une expérience utile. Cela semble vrai en tous cas pour les enfants très dépendants, ou ceux de mère hyperprotectrices, qui vont acquérir après cette première frustation une notion nouvelle de l'apreté de l'existence, et réaliser un progrès vers l'indépendance nécessaire à leur maturation. Il faut, bien sur, que les conditions ne soient pas traumatisantes à l'excès, c'est pourquoi il est nécessaire de préparer l'hospitalisation, et de la faire accepter par l'enfant.

Lorsque le milieu familial est par trop anormal ou déficient, par exemple en cas de mésentente grave, ou de déviation de l'affectivité maternelle, le petit malade peut goûter à l'hôpital une détente, un répit, qui seront favorables si ce nouveau cadre qu'il découvre lui fait regretter son ambiance familière, si médiocre soit-elle. Par contre s'il s'y adapte trop bien, sa réintégration dans sa famille sera pénible.

Dans un cadre opposé, les troubles vont persister ou s'aggraver. Soit parce qu'il est constitutionnellement prédisposé, soit à cause de l'attitude trop rigide ou trop faible de ses parents, l'enfant va entretenir les éléments conflictuels qu'il a accumulés à l'hôpital, puis les amplifier, et entrer ainsi peu à peu dans la névrose.

Enfin, nous avons montré (OBSERVATION N° 13) que l'angoisse peut rester latente très longtemps, et n'être extériorisée que des années plus tard, soit spontanément, soit grâce à un facteur déclenchant tel qu'une nouvelle hospitalisation ou une intervention chirurgicale.

VII.- TRAITEMENT

1° - LE TRAITEMENT CURATIF

Dans les formes légères, une psychothérapie simple sera suffisante. Il convient d'expliquer aux parents les raisons du comportement de leur enfant, de leur recommander de ne pas ménager leur patience et leur tendresse. Une attitude intransigeante et sévère ne ferait qu'accroître la méfiance et la rancoeur du petit malade.

Les formes graves nécessitent les soins du psychiatre et nous n'entrerons pas dans les détails de la psychothérapie infantile. Signalons simplement les moyens à la disposition du spécialiste, qui sont la psychothérapie simple, la psychothérapie du groupe, la psychanalyse et les méthodes qui en dérivent. Rappelons que le traitement se complète pratiquement toujours de la psychothérapie prudente des parents.

2° - LE TRAITEMENT PREVENTIF

Nous pensons que la majeure partie des accidents que nous avons décrits peuvent être évités ou atténués en respectant certaines mesures dictées par la connaissance de la psychologie de l'enfant et des facteurs psychotoxiques dus à l'hospitalisation.

A.- PREVENTION AVANT L'HOSPITALISATION

Le premier point concerne le médecin de famille. Celui-ci doit, en effet, limiter autant que possible le nombre des hospitalisations. En milieu rural, il subsiste encore certains préjugés qui veulent que l'enfant ne soit confié à l'hôpital qu'en cas d'urgence ou d'absolue nécessité. Parfois même, le médecin doit user de toute sa persuasion pour obtenir ce transport qu'il juge indispensable et vital?. Mais, en ville, il est trop souvent demandé aux services hospitaliers beaucoup plus qu'un traitement héroïque. Combien de fois, pressé par une famille anxieuse, le médecin doit-il faire admettre d'urgence son jeune malade à seule fin de rassurer les parents ? S'il est évident que, dans un cas douteux, l'hopital apporte une sécurité parfaite par la permanence et la qualité des soins, par la possibilité d'investigations poussées,

il importe d'en connaître les dangers, chez un enfant très émotif, ou en période de crise psychologique, et d'éviter de lui rendre un mauvais service.

Nous pensons également aux cas sociaux qui ne justifient que médiocrement les trop nombreux séjours prolongés d'enfants, surtout de nourrissons, dans les services de pédiatrie. Pour bien des mères, l'hopital est le moyen le plus pratique et le plus économique de placer leur progéniture, lorsqu'elles ne peuvent ou ne veulent s'en occuper pendant un certain temps, par exemple pour accoucher, pour déménager, ou, comme nous l'avons vu, simplement pour travailler. Elles allèguent alors une quelconque infection cutanée ou respiratoire rebelle, une hypotrophie propice. Une fois admis, il n'est plus question de l'en retirer. Quel service n'est pas encombré de ces cas sociaux, ne nécessitant plus le séjour à l'hopital, mais qui traînent, dans l'attente d'une solution, c'est-à-dire d'un placement ? Cet abandon même transitoire implique une déficience du sentiment maternel naturel, mais nous avons constaté bien des fois, en interrogeant ces femmes que cet instinct n'était pas leur vertu dominante. Même dans ces cas cependant, une solution plus logique pour l'enfant doit être recherchée par le médecin, avec l'aide de l'assistante sociale. Par exemple, la garde par un parent, le placement familial temporaire.

En second lieu, nous estimons qu'il est possible et nécessaire de préparer l'enfant à l'hospitalisation et cela dépend autant des parents que du médecin. Chaque fois que le petit malade est à même de le comprendre, c'est-à-dire dès l'âge de trois ou quatre ans, il faut lui expliquer les raisons de cette séparation, lui faire admettre qu'elle est indispensable, qu'elle ne sera que temporaire, et qu'il n'est nullement abandonné. Il est extrêmement néfaste de l'emmener par surprise en le trompant sur le but du voyage. Nous reviendrons sur ce point à propos des interventions chirurgicales.

B.- PREVENTION A L'HOPITAL

Tous les problèmes psychologiques posés par l'enfant à l'hôpital ont été étudiés et exposés par M. le Professeur LELONG (44) et au cours d'un Congrès de l'O.M.S. (52). Nous les résumerons ici :

- Limitation et raccourcissement de la durée d'hospitalisation. Il serait souhaitable de pouvoir faire donner des soins à domicile par des infirmières spécialisées, sous la surveillance d'un pédiatre.

- Organisation des services; une idée doit prédominer : restituer autant que possible l'atmosphère familiale. L'aménagement des locaux le plus judicieux parait être la petite chambre de quatre à huit lits. Précisons en passant l'intérêt de permettre à l'enfant de conserver son jouet familier, celui qui lui rappelle la maison. Le personnel pose des problèmes délicats, mais essentiels. Il faut d'abord limiter les mouvements, les roulements, afin que l'enfant puisse

s'habituer aux mêmes visages. L'infirmière sera ainsi la "mère" de cette petite chambrée d'enfants d'âges et de sexes différents. De plus, il conviendrait de donner au personnel infirmier une formation psychologique élémentaire, qui, leur permettant de comprendre et de dépister les accidents affectifs, qui peuvent survenir, rendra leur dévouement plus efficace encore.

- On ne pense pas assez aux loisirs des enfants. Un jouet et quelques livres d'images ne suffisent pas à faire écouler les longues heures de l'attente. Il serait très intéressant de pouvoir attacher aux services de pédiatrie, des psychologues ou des pédagogues, pour organiser les loisirs, et même, dans une certaine mesure, l'éducation des enfants qui passent plusieurs mois dans un lit.

- Il n'est pas inutile de rappeler que l'enfant entend très bien, comprend souvent ce qu'il entend, et interprête, en dramatisant ce qu'il ne comprend pas. Il importe donc que le personnel médical et les infirmières évitent de discuter au lit du malade, comme cela se pratique au cours des visites quotidiennes, sinon pour rassurer ou amuser le petit anxieux en puissance.

- Les rapports avec la famille sont difficiles à organiser. L'idéal serait d'hospitaliser la mère avec l'enfant tout au moins pour les très jeunes. Il doit être possible, en tout cas, d'assouplir le régime des visites. La mère ou quelque autre membre de la famille, grande sœur ou grand'mère doit pouvoir visiter le malade à toute heure du jour, par exemple en dehors des heures de travail et participer à sa vie comme chez lui, en le lavant, en lui donnant ses repas. Une simple blouse, un voile ou un bonnet, et une bavette restant à demeure dans la chambre assainiraient ces contacts fréquents. Les rapporteurs du Congrès de l'OFFICE MONDIAL de la SANTE de 1955 (53) consacré à "l'enfant à l'hôpital" signalent que ce système a été tenté en Nouvelle-Zélande et dans certains services en Angleterre avec le maximum de succès. Il est toléré dans certains services des hôpitaux de PARIS pour les mères qui allaitent leur nourrisson. A titre documentaire, nous avons trouvé dans le rapport cité plus haut, des récits attestant qu'en Afrique Orientale, toute la famille au grand complet accompagnait l'enfant qui devait être hospitalisé et vivait à l'hôpital jusqu'à sa sortie. Les mêmes coutumes sont relevées dans les descriptions de la vie du Docteur Albert SCHWEITZER à LAMBARENE. Nous imaginons les problèmes pratiques que cela peut soulever pour l'administrateur de l'hôpital, mais il est certain que ces petits noirs ignorent l'hospitalisme.

- Il serait bon, en outre, que les pédiatres puissent avoir des entretiens périodiques avec les parents, en particulier avant la sortie de l'enfant. Une "consultation du retour" a déjà été proposée par différents auteurs (44) (53) (64). Les médecins pourraient, entre autre, y expliquer aux parents les risques que courent les enfants après leur sortie du service et leur conseiller l'attitude à adopter. Monsieur le Professeur LELONG a proposé de plus que des réunions d'informations aux parents se tiennent à l'hôpital, sous la direction de médecins et de psychologues.

L'intervention chirurgicale pose des problèmes particuliers. C'est dans cette éventualité principalement qu'il importe de prévenir l'enfant, de lui expliquer ce qui va se passer. Une première mesure consiste à retarder l'intervention jusqu'à l'âge de quatre ou cinq ans, comme cela est souvent possible pour de nombreuses amygdalectomies. Lorsqu'il n'y a pas urgence, il est conseillé d'amener quelques jours auparavant l'enfant à l'hôpital, de le présenter au chirurgien, aux infirmières, de lui expliquer le bénéfice qu'il va retirer de sa petite opération, et de lui en décrire de façon simple le déroulement. Par exemple, on lui fera essayer, à vide, le masque d'anesthésie, grâce auquel "il ne sentira rien". Il est souhaitable aussi que le petit patient soit admis un jour ou deux avant l'opération, afin que la détresse de la séparation ait le temps de se liquider. S'il est possible, la mère le conduira elle-même, le déshabillera et le couchera, si possible lui donnera même son premier repas. Ainsi l'accoutumance sera progressive. Il est capital qu'elle soit présente au réveil de l'opéré. Au moment de l'intervention, une prénnesthésie au lit éviterait le spectacle de la salle d'opération et des préparatifs. Dans les jours qui suivent, il importe que le personnel hospitalier , prévenu, laisse libre cours aux manifestations d'hostilité de l'enfant.

C.- PREVENTION AU RETOUR DANS LA FAMILLE

Il s'agit, à ce moment, d'une éducation des parents et d'une aide constante et éclairée. Cela peut être réalisée par la consultation du retour, puis, à domicile, par le médecin de famille ou par une assistante sociale spécialisée qui aurait pour tâche de suivre les enfants quelque temps après leur sortie de l'hôpital. En cas d'anomalie du comportement, l'enfant et sa mère pourront ainsi être confiés au plus tôt au psychiâtre.

Toutes ces règles n'ont pas qu'un intérêt théorique. Leur étude et leur application dans nos services hospitaliers présenteraient de multiples avantages que nous voudrions résumer pour terminer.

Intérêt pour l'enfant avant tout. Les pédiatres et les chirurgiens se doivent d'atténuer et même d'éviter le traumatisme psychologique de l'hospitalisation. Les réactions intra et post-hospitalières peuvent être graves en elles-mêmes et justifient toute mesure propre à les faire disparaître. Mais, de plus, il n'est pas sans danger de laisser développer dans le jeune âge des altérations des relations familiales qui, cela est prouvé aujourd'hui, compromettent dangereusement l'avenir affectif de ces sujets.

Intérêt pour les parents ensuite. L'hospitalisation et surtout l'opération de leur enfant est pour eux aussi une séparation et une source d'angoisse. Le brutal changement de caractère du malade

après son retour les surprend et les trouve désarmés. Ils retireront donc un bénéfice considérable à être informés de ce qui se passe dans l'esprit de leur petit garçon ou de leur petite fille, ainsi qu'à rester davantage en contact avec eux et avec les médecins.

Intérêt médical indéniable. L'existence de répercussions psychologiques et psychiatriques à longue échéance fait de cette question un problème d'hygiène mentale. De plus, à l'hôpital même, les réactions de désarroi et d'hospitalisme retardent l'évolution des maladies, et favorisent l'apparition de complications, comme l'a montré R.LEFORT dans sa thèse (40).

Puisque l'enfant heureux guérit plus vite, il en découle un intérêt économique : les malades stagneront moins longtemps à l'hôpital, ce qui diminuera le surpeuplement et permettra une meilleure organisation des services. La participation active des parents aux soins de leurs enfants peut également, à peu de frais, soulager efficacement les infirmières et leur laisser le temps de se consacrer davantage aux enfants que personne ne peut visiter pour des raisons d'éloignement ou de conditions de travail.

+

+ +

Nous avons été handicapés dans l'établissement de ce travail par la rareté des documents et des études s'y rapportant. Nous souhaitons vivement que ces questions intéressent les chefs de service de pédiatrie, les psychiâtres et les médecins d'enfants, et que notre rapport suscite des recherches plus approfondies, des analyses statistiques, de nouvelles propositions thérapeutiques préventives, après avoir contribué, pour une modeste part, au problème si important de la santé mentale de l'enfant.

C O N C L U S I O N S

Les progrès de la Médecine et de la Chirurgie infantiles ont pour corollaire l'accroissement du nombre d'enfants hospitalisés.

Parallèlement, on observe de plus en plus fréquemment des réactions psychologiques après le retour du petit malade dans sa famille, aussi bien après des hospitalisations de courte durée qu'après de longs séjours ou après une intervention chirurgicale.

Les troubles mineurs les plus fréquents sont les réactions de dépendance, d'opposition, de régression, les tics, les troubles du sommeil et les peurs.

Quelques formes graves relèvent de la psychiatrie : ce sont les phobies, les anxiétés, les obsessions et les réactions hystériques.

Dans la genèse de ces accidents, le profil psychologique de l'enfant joue un rôle important, à côté du facteur familial, c'est-à-dire essentiellement des relations avec la mère et du traumatisme directement imputable au milieu hospitalier.

La psychopathogénie des symptômes observés est éclaircie par la connaissance de l'évolution affective du jeune enfant. Trois éléments jouent un rôle psychotoxique : la détresse de séparation, la carence de soins maternels et les soins médicaux ou chirurgicaux. L'enfant interprète l'hospitalisation comme un abandon et une punition, ce qui explique sa dépendance accrue, par peur de perdre à nouveau sa mère et son agressivité ou sa regression qui sont des moyens de tester son amour. Les terreurs nocturnes et les tics sont considérés comme des réactions de décharge d'une anxiété latente trop forte.

Il convient de souligner que les réactions sévères vis-à-vis de l'hospitalisation que nous avons décrites ne sont pas fréquentes, et ne se voient pratiquement pas chez les enfants correctement intégrés à leur milieu familial et qui retrouvent à la sortie leur place normale. Elles extériorisent les tares d'enfants constitutionnellement sensibles ou prédisposés par une désadaptation antérieure.

Le traitement curatif utilise la psychothérapie simple ou la psychanalyse et s'applique à la fois à l'enfant et aux parents.

Le traitement doit être avant tout préventif : par une limitation des hospitalisations; par une préparation de l'enfant; par une organisation de l'hopital visant à créer une ambiance familiale; par un assouplissement du régime des visites des parents; par une préparation aux opérations, évitant toute surprise brutale; enfin, par une préparation au retour dans la famille, il sera possible d'atténuer et de diminuer le nombre de ces troubles psychologiques préjudiciables autant à l'enfant qu'à son entourage.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le RECTEUR de l'ACADEMIE
de PARIS :

J. S A R R A I L H

Le DOYEN de la FACULTE de MEDECINE
de PARIS :

L. B I N E T

Le PRESIDENT de la THESE :

M. L E L O N G

B I B L I O G R A P H I E

1.- AUBRY J.- La carence des soins maternels
P.U.F. PARIS 1955

2.- AUBRY J.- Carences affectives précoces
Sauvegarde, Mai-Août 1955

3.- AUBRY J. - APPEL G. - Les effets de la carence de soins maternels et de la vie en collectivité chez le jeune enfant. Film (C.I.E.)

4.- AMER. ACAD. PED. The care of children in hospital
Pediatrics. Oct. 1954. p.401

5.- BENDER-YARNELT Observations dans une pouponnière psychiatrique
Am. Jl. Psych. Mars 1941 n°97 p.1158

6.- BERES D. OBERS S. - The effects of extreme deprivation in infancy on psychic structure in adolescence
Psychoanal. Study of the Child, Vol.V, p.212

7.- BERGERON M. Psychologie du Premier Age
P.U.F. PARIS 1951

8.- BOUTONNIER J. Abandon et névrose
Cahier de Psychiatrie, STRASBOURG 1951, 7,n°2 p.69

9.- BOWLBY J. Soins maternels et santé mentale
O.M.S. MASSON

10.- BURLINGHAM-FREUD A. Enfants sans famille
P.U.F. PARIS 1949

11.- C.I.E. Colloque sur les enfants privés de famille
LONDRES, 1952

12.- CLEMENT-LAUNAY-SOULE M. L'Adoption
Ed. Soc. de France 1954

13.- CLEMENT-LAUNAY. Hospitalisme
Evol.Psychiatr.1956 Fasc.I
Janv. Mars

14.- COMBALUZIER Ch. L'Enfant seul
Ed. P.LETHIELLEUX

15.- CORDELIER S. Les enfants de la discorde
Ed. Soc. de France

16.- COUVE-AUDEBERT-BARON Syndrome de carence affective du jeune enfant en collectivité
Pédiatrie 1952, n°3, p.283

17.- DAVID M. L'enfant de 2 à 6 ans
1956

18.- DAVID M., CREANGE F. Les jardins d'enfants dans une collectivité d'enfants privés de leur famille
Sauvegarde 1952, N°2

19.- DEUTSCH H. Psychologie des femmes
P.U.F. PARIS

20.- DUFOYER P. L'âme enfantine
PARIS 1953

21.- EDELSTON H. Déparation Anxiety in young children
Gen. Psychol. Monogr. 1943 - 28

22.- FLOURNOY O. Affectivité. Carence affective en cascade
PARIS 1956 (Mémoire pour le titre d'assistant étranger)

23.- GESELL A. Les cinq premières années de la vie
Harper NEW YORK 1948

24.- GESELL A. - AMATRUDA — Developmental diagnostic
HOEBER, NEW YORK 1948

25.- GESELL A. - ILZ — Le jeune enfant dans la civilisation moderne
P.U.F. PARIS 1949

26.- GOLDFARB W. — Am.Jl. Orthopsychiat. 1945-15 p.247 1947.17.p.449 et 1949 19 - p.624

27.- GRAFFARD M. - SAND E. — Dangers de l'hospitalisation des jeunes enfants.
Le Service Social, BRUXELLES 1954,n°4 Juillet-Août p.176

28.- GUEY G. — La névrose d'abandon, P.U.F. PARIS 1956

29.- HEUYER G. — Introduction à la psychiatrie infantile P.U.F. PARIS 1952

30.- HEUYER G. — Hospitalisme
Bull. de Psychol.Déc. 1952 N°6 p.87

31.- IGERT — La privation de soins maternels
Maree medical Août 1952

32.- JACKSON L. — A test of families attitudes
METHNEN

33.- JESSNER, BLOM, WADFOGEL — Emotional implications of tansillectomy and aden ídectomy in children
Psychanal. Study of the child 1952.7. p.95

34.- KHOURI C. — Facteurs sociaux, économiques et familiaux des troubles du caractère chez l'enfant
Thèse PARIS 1950

35.- KOUPERNIK C. - SOULE M. — Le développement du nourrisson
Evol. Psychiat. Juillet-Septembre 1956, p.613

36.- LAGACHE D. La psychanalyse
P.U.F. PARIS 1955

37.- LEBOVICI S. Utilisation des traitement psychologiques chez l'enfant
Pediatrie 1952 N°3, p.421

38.- LEBOVICI S. Notions nouvelles sur le développement du nourrisson dans ses répercussions psychologiques ultérieures
Sem. des Hôp. de PARIS 26 Juin 1950 N°47 p.2256

39.- LEBOVICI S. A propos de la psychothérapie chez les enfants placés en internat de rééducation
Enfance 1945 n°5

40.- LEFORT R. Répercussions de la séparation de leur mère des enfants de un à deux ans placés en institutions.
Thèse PARIS 1943

41.- LELONG M. Problèmes psychologiques posés par l'hospitalisation de l'enfant
Revue de l'A.P. à PARIS, n°45, J.F. 1957

42.- LELONG M. Les enfants qu'on abandonne
Cahiers de l'enfance, n°1, Nov.1953, p.52

43.- LELONG M., SOULE M. Problèmes sociaux et affectifs soulevés par l'abandon
Sauvegarde, Mai - Août 1955

44.- LELONG M., LEBOVICI S. - Problèmes psychologiques et psycho - pathologiques posés par l'enfant à l'hôpital
Arch. Fr. de Pédiatrie 1955 t.12,n°4

45.- LEVY D. Psychic trauma of operations in children
Am. Journ.Dis.Children 1945 - 69

46.- LEVY D. - BAKWIN H. Primary affect hunger
Am. Journ. Psychiat. 1937 N°94 p.643

47.- Mac KEITH R. Children in Hospitals preparation for operations
Lancet 1953 2 p.843

48.- MENUT C. La dissociation familiale et les troubles du caractère chez l'enfant.
Thèse Paris 1943.

49.- MICHAUX L. Psychatrie infantile PUF Paris 1950.

50.- MONCRIEFF-WALTON Visiting Children in Hospitals.
Pédiatries Oct. 1954 - p. 401.

51.- NGUYEN Carences affectives précoces.
Sauvegarde Mai-Août 1955.

52.- O.M.S. Groupe d'études sur l'enfant hospitalisé.
Bull. de l'O.M.S. 1955, Vol. 12 - p. 427.

53.- O.M.S. L'enfant à l'Hôpital.
Chron. de l'O.M.S. 1955 Vol. IX - I.

54.- OSTERRIETH P. Introduction à la psychologie de l'enfant
PUF - Paris 1957.

55.- PALATCHI J. Etude psychologique des jeunes enfants séparés momentanément de leur mère.
Thèse Paris 1956.

56.- PAPPENHEIM E. Séparation anxiéty in mother and Child.
Psychoanal. Etudy. of the Child. 1952 - 7 - 95.

57.- PEYRAT Le conflit Abandon - Adaption.
Sauvegarde Nov - Déc. 1954.

58.- PIAGET J. La naissance de l'intelligence.
Delachaux Niestlé 1935.

59.- PIAGET J. La construction du réel
Delachaux Niestlé 1937.

60.- PICHON E. Le développement psychique de l'enfant,
Masson 1948

61.- POROT M. L'enfant et les relations familiales .
PUF Paris 1954.

62.- POROT M. Le dessin de la famille.
Pédiatrie 1952 - N° 3.

63.- RACAMIER P. Etudes cliniques des frustrations précoces.
Revues, Fse de Psychanalyse n° 3 - 1953 et n° 4 - 1954.

64.- RAGU-FREY Carences psychiques du 1er âge.
Méd. infantile 1956 n° 3 - Mai - Juin.

65.- RAMBERT M.L. La vie affective et morale de l'enfant.
Delachaux Niestlé 1945.

66.- RIBBLE M. The Rights of infants.
C.U.P. New York 1943.

67.- ROBERTSON J. A Twu-Year-Old Goes To Hospital - Film (C.I.E.)

68.- ROBERTSON J. Some responses of young children To loss of maternal love Cild family digest.
New Orléans 1956 - 15 - n° 2 - Sept.-Oct.

69.- ROBIN G. Les haines familiales morbides.
Ann. Méd. Psychol. 1926 - n° 1 - p. 309.

70.- ROLAND. Influence d'une pouponnière dépassage sur le développement de l'enfant.
Sauvegarde Mai-Février 1952.

71.- ROUDINESCO-DAVID-NICOLAS — Réactions des enfants de 12 à 17 mois séparés pour la première fois de leur mère.
Courrier du C.I.E. 1952 - n° 2.

72.- ROUDINESCO-APPEL — Sém. Hop. Paris 1950 n° 47 p. 2.271.

73.- ROUDINESCO-APPEL — Répercussions de la carence de soins maternel.
Bull. Soc. Méd. Hop. Paris 1951 n° 3 et 4.

74.- ROUDINESCO-GEBER — Utilisation du test de Gesell dans l'étude du comportement des jeunes enfants.
Enfance Sept-Oct. 1951.

75.- ROUDINESCO-DAVID — Peut-on atténuer les effets nocifs de la séparation chez les enfants placés en institution ?
Courrier du C.I.E. Vol. 2 Mai 1952 n° 5.

76.- ROUSSEAU Y. — Les troubles de l'instinct maternel.
Delachaux Niestlé 1955.

77.- SIMONGEN — Examination of children from children's homes and nurseries.
Thèse Copenhagen 1947.

78.- SPITZ R.A. — Psychoanalytic Study of the child
Inter. Univ. Press. New York 1945 T.I.

79.- SPITZ R.A. — Smiling - Ontogénésis of social relations. Gen. psychol. Monogr. 1946 n° 34 p. 48

80.- SPITZ R.A. — Evolution de l'affectivité pendant la première année.
Sauvegarde Mai 1947 - n° 31 p. 48.

81.- SPITZ R.A. Hospitalisme.
Sauvegarde Déc. 1949 n° 36 - p. 6.

82.- SPITZ R.A. Génèse des premières relations objectales.
Sauvegarde Mai-Août 1955.

83.- SPITZ R.A. La perte de la mère par l'enfant.
Enfance NOv - Déc. 1948 - p. 373.

84.- STERN J.M. Devel. de l'enfant pendant les premières années de sa vie.
Ann. Poédiatrici 1951 n° 176 - p. 389.

85.- SUTTER J.M. Le traitement des parents en psycho-pathologie infantile. L'analyse du centre transfert.
Pédiatrie 1952 - n° 3 p. 806.

86.- VALENTINE C.W. Psychology of early childhood.
Mathieu London 1950.

87.- VAN DER SPOEL M. Etude de la psychologie des orphelàns.
Sauvegarde Juillet 1948 n° 23 - p. 15.

88.- VERLIAC-TRELAT-LYARD L'hospitalisme
Cas. Med. Fie. 1956 - 25 Fév.

89.- VIDAL M. Contribution à l'étude du problème des enfants abandonnés en France -
Thèse Paris 1939.

90.- WALLON H. L'évolution psychalogique de l'enfant -
Masson 1949.

91.- ZASSO R. La petite enfance (1 à 3 ans)
Bull. de psychol. Déc. 1956 - n° 2 p. 99.

TABLE des MATIERES

I.- INTRODUCTION 1

II.- CIRCONSTANCES d'APPARITION 3

III.- SEMEIOLOGIE 5

1.- Le comportement à l'Hôpital 5

2.- Les réactions immédiates en retour 6

3.- Les troubles tardifs 14

IV.- FACTEURS ETIOLOGIQUES 15

1.- Facteurs constitutionnels 15

2.- Facteur familial 16

3.- Facteur hospitalier 18

V.- PATHOGENIE 20

1.- Evolution de l'affectivité 20

2.- Mode d'action des facteurs 21

3.- Pathogénie des troubles 23

VI.- EVOLUTION 25

1.- Curatif 27

2.- Préventif 27

CONCLUSIONS 32

BIBLIOGRAPHIE 34

TABLE des MATIERES 42